

## Zuweisung Swiss Sleep House Bern

Datum:.....

### Patient/in

 Name .....  
 Geburtsdatum .....  
 Adresse / Telefonnummer .....  
 Versicherungsmodell  Standardmodell  Hausarztmodell/HMO  Telemed.-Modell

### Zuweisende(r) Arzt/Ärztin

 Name .....  
 Adresse / Klinik .....  
 Telefon / Sucher .....

### Verdachtsdiagnose

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insomnie                            | <input type="checkbox"/> Schlafmittel-Abusus                                      |
| <input type="checkbox"/> Hypersomnie                         | <input type="checkbox"/> Parasomnie (Schlafwandeln, Pavor Nocturnus)              |
| <input type="checkbox"/> Restless-Legs-Syndrom               | <input type="checkbox"/> Störung des zirkadianen Rhythmus (Schichtarbeit, Jetlag) |
| <input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe-Syndrom                | <input type="checkbox"/> Alpträume  |
| ➔ Bitte an Universitätsklinik für<br>Pneumologie Inselspital | <input type="checkbox"/> Andere:  |

### Hauptbeschwerden

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schläfrigkeit / Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Abnormales Verhalten im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Ein-/Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Andere:                        |

<b>Fragestellung / gewünschte Untersuchungen</b>	
<b>Klinische Angaben</b> - Anamnese - Bisherige Untersuchungen - Dauer	
<b>Komorbiditäten</b> (insbes. Alkoholabhängigkeit, psychotrope Substanzen, psychische Erkrankungen, Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankung, Allergien)	
<b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika: ..... <input type="checkbox"/> Bluthochdruckmittel: ..... <input type="checkbox"/> Andere: .....
<b>Labor</b>	Vitamin D: ..... TSH: ..... Ferritin: ..... CRP: ..... Transferrinsättigung (TSAT):.....

**Bitte senden an:**

 Universitätsklinik für Neurologie, Swiss Sleep House Bern, Freiburgstrasse 34, Haus 3, 3010 Bern  
 E-Mail: [sleephouse@insel.ch](mailto:sleephouse@insel.ch),